病児保育利用問診表

平成　　年　　月　　日

フリナガ 氏　名	愛称（　　）	男　・　女
生年月日	平成　　年　　月　　日　　（　　歳　　ヶ月）	
アレルギー	ない　・　ある　（　　）	
食事制限	ない　・　ある　〔　具体的に:　　〕	

これまでにかかった主な感染症　・　病気　　～　かかった病気に〇をつけてください～

突発性発疹　　はしか　　風疹　　水ぼうそう　　おたふくかぜ　　百日咳

喘息および気管支喘息（継続治療中・悪化時治療のみ）　　アトピー性皮膚炎

熱性けいれん（　回数　　回・最後はいつ　　年　　月　　日・坐薬の指示　有　　無　）

その他（　　）

入院経験	ない　・　ある（　歳　ヵ月　病名:　　） （　歳　ヵ月　病名:　　）
常時服用している薬	ない　・　ある（具体的に:　　）

予防接種	三種混合	受けていない　・　受けた（　Ⅰ期1回　2回　3回　Ⅰ期追加　）
	四種混合	受けていない　・　受けた（　Ⅰ期1回　2回　3回　Ⅰ期追加　）
	ポリオ	受けていない　・　受けた（　Ⅰ期　Ⅱ期　）（　1回　2回　3回　4回　）
	BCG	受けていない　・　受けた
	MR(麻疹・風疹)	受けていない　・　受けた（　Ⅰ期　Ⅱ期　）
	ヒブ	受けていない　・　受けた（　接種月齢　:　　ヵ月　・　回数　:　　回　）
	肺炎球菌	受けていない　・　受けた（　接種月齢　:　　ヵ月　・　回数　:　　回　）
	日本脳炎	受けていない　・　受けた（　Ⅰ期1回　2回　Ⅰ期追加　Ⅱ期　）
	B型肝炎	受けていない　・　受けた（　1回　2回　3回　）
	水ぼうそう	受けていない　・　受けた
	おたふく	受けていない　・　受けた
	ロタウイルス	受けていない　・　受けた（　回数　:　　回　）

嘔吐・下痢等で脱水を認めた場合に「経口補水液OS－1」「イオンウォーター」を使用します。

経口補水液OS－1・・・200円

イオンウォーター・・・100円　　費用がかかります

＊　お子さんのために上記が必要です。承諾がなければお預かりできません。

承諾を　　します　・　　しません

保育中、症状が急変した場合、病院への搬送が必要なことがあります。その際は院長判断で行いますが、ご希望の医療施設がありましたら、以下よりお選びください。
但し、状況により異なる対処をする場合があります。

①徳山中央病院　　②光市立光総合病院　　③その他（　　）

その他	体質や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについてあれば具体的にお書き下さい。

病児保育室　わんぱくの国